

**FORMULAIRE DE CONSENTEMENT
PERMETTANT LE TRANSFERT DE MON DOSSIER PHARMACEUTIQUE**

Nom du patient : _____

Nom de la résidence : _____

Adresse : _____

Nom de la pharmacie : _____

Adresse : _____

J'ai pris connaissance des services pharmaceutiques offerts par la pharmacie nommée ci-dessus et je consens à y transférer mes prescriptions. Je comprends que ce formulaire sera envoyé à mon pharmacien actuel afin que ce dernier prenne connaissance de mon consentement. Cette décision ne m'a pas été imposée et je demeure libre de changer de pharmacie à tout moment si je ne suis plus satisfait. Advenant ce cas, la présente autorisation ne serait plus valide.

Date : _____

Signature du patient :
(ou de son
mandataire) _____

N.B. : Dans le cas de la signature de ce formulaire par un mandataire, afin de s'assurer que le signataire est autorisé à signer selon la loi, une preuve écrite pourrait être exigée.